

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 68

DE QUELQUES INCONVÉNIENTS
DE
L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE
SUB-TOTALE
DANS LES SUPPURATIONS PELVIENNES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Janvier 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léopold BELBÈZE

Né le 31 Octobre 1883, à Pamiers (Ariège),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1909



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552627_0076

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 68

DE QUELQUES INCONVÉNIENTS

DE

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

SUB-TOTALE

DANS LES SUPPURATIONS PELVIENNES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Janvier 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léopold BELBÈZE

Né le 31 Octobre 1883, à Pamiers (Ariège),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée		COLLET
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET,	agréé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	ag
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LÉPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	LATARGET, ch..
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	BÉRIEL, ch..
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	
TIXIER	PATEL	VORON	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PONCET, *Président* ; BÉRARD, *Assesseur* ;
MM. CAVAILLON et VORON, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE. — A MA MERE

ET

A MES SŒURS

*Je dédie ce modeste travail, bien faible
témoignage de mon infinie tendresse
et de ma profonde reconnaissance pour
toute une vie de sacrifice, de dévouement
et d'abnégation. Je les unis dans un
même sentiment d'amour.*

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon,
Ex-Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

*Je suis heureux de lui adresser ici mes
remerciements pour le très grand hon-
neur qu'il me fait, en acceptant la pré-
sidence de cette thèse. Qu'il soit assuré
de ma très respectueuse reconnaissance.*

AVANT-PROPOS

Il y a déjà longtemps que l'on discute sur le sujet que nous traitons dans cette thèse. La question de l'hystérectomie a donné lieu, en effet, soit à la Société de chirurgie de Paris, soit au Congrès français de chirurgie, à de retentissantes communications. Aujourd'hui encore, les chirurgiens sont divisés en deux camps : ceux qui préconisent l'hystérectomie supravaginale et laissent au fond du vagin le col de l'utérus, ceux qui au contraire enlèvent tout et préconisent l'hystérectomie abdominale totale. Il semble, pourtant, que cette dernière méthode gagne du terrain depuis quelque temps et tende à réunir le plus grand nombre de suffrages.

La discussion reste, malgré tout, encore ouverte.

Au cours de nos études médicales, nous avons vu, très souvent, pratiquer l'une et l'autre de ces deux opérations. C'est à propos de l'une d'elles que MM. les Drs Delore, chirurgien des hôpitaux et Leriche, chef de clinique chirurgicale, appelèrent notre attention, dans une de leur intéressantes causeries, sur quelques acci-

dents de l'hystérectomie abdominale subtotale. C'est donc à eux que nous devons l'idée de ce travail.

Après un court historique qui a déjà été fait dans d'autres travaux, mais que nous avons tenu à remanier et à présenter divisé en quatre périodes, nous présentons impartialement, dans un second chapitre, les arguments que font valoir les partisans de l'une et de l'autre des deux méthodes en faveur de celle qu'ils préconisent. Avant de dire quelles idées peuvent être dégagées de la physionomie générale du débat, nous faisons, dans un troisième chapitre, une étude d'ensemble des accidents qu'il est possible d'observer à la suite de l'hystérectomie abdominale subtotale. C'est sur ces accidents, à l'appui desquels nous présentons six observations, que nous insisterons particulièrement, en cherchant surtout à mettre en évidence leur mécanisme pathogénique et leurs conséquences.

Nous ne nous croirons pas autorisé, après cela, à conclure à la condamnation formelle de la subtotale. Ayant surtout l'intention de défendre la totale sans attaquer la subtotale, nous voulons, avant tout, laisser l'impression qu'on ne doit pas considérer la première comme inférieure à la seconde, puisque, malgré sa simplicité et sa rapidité moins grandes, on n'aura pas, quand on l'aura pratiquée, à craindre pour l'opérée les accidents ultérieurs que nous étudions, et à se demander si celle-ci ne sera pas obligée d'avoir encore recours plus tard à son chirurgien, pour se faire enlever un col malade, qu'il eut été si facile de lui enlever d'emblée.

Nous laisserons à dessein de côté la question si importante des rapports du fibrome et de la dégénéres-

cence maligne du col après une subtotale. C'est là une question qui a été traitée en détail par des maîtres éminents de la Société de chirurgie. Nous retiendrons simplement les cas dans lesquels il y a coexistence de fibromes et de suppuration pelvienne, celle-ci ayant fort bien pu provoquer les accidents signalés à propos des suppurations pelviennes seules, ou ayant pu tout au moins contribuer à leur installation.

Votre sujet, pourrait-on nous dire, est un sujet qui demande une longue pratique chirurgicale et une grande connaissance de la gynécologie.

Sans doute, mais nous avons suppléé à notre inexpérience par l'expérience de ceux qui nous ont dirigé.

Nos remerciements et notre reconnaissance vont à M. le Dr Delore qui, non content de mettre à notre disposition des observations personnelles, a voulu encore nous faire largement profiter de sa compétence et de ses idées sur la question.

M. le Dr Leriche ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils. Sans lui, plusieurs chapitres seraient restés bien incomplets, et nous sommes fiers de déclarer que notre travail lui doit beaucoup. Nous tenons à le remercier ici de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli; nous ne nous croyons pas cependant acquitté de notre dette de reconnaissance; nous nous plaisons à penser que l'échéance en sera plus lointaine.

Nous ne voulons pas oublier d'assurer de notre reconnaissance nos maîtres militaires, dont on ne sait si l'on doit apprécier davantage l'enseignement éclairé

ou le dévouement de tous les instants. Nous garderons de leurs leçons un souvenir ineffaçable.

Que tous ceux, enfin, qui, au cours de nos études médicales, ont bien voulu nous témoigner quelque intérêt, soient assurés de notre gratitude.

DE QUELQUES INCONVÉNIENTS
DE
L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE
SUB-TOTALE
DANS LES SUPPURATIONS PELVIENNES

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le traitement chirurgical des suppurations pelviennes, bien que relativement récent, a déjà traversé plusieurs phases. On peut à ce point de vue distinguer quatre périodes :

De 1872 à 1887.

De 1887 à 1892.

De 1892 à 1899.

De 1899 à nos jours.

Première période. — C'est en 1872 que Lawson Tait eut le premier l'idée d'enlever directement, par la laparotomie, les annexes malades. Ce mouvement, né en Angleterre où il est suivi par Hegar et Battey, est d'abord timide.

Pourtant, en 1883, Lawson Tait donne les indications nettes et la technique opératoire de la laparotomie pour pyosalpinx.

Pendant ce temps, la chirurgie française se tient à l'écart et n'ose encore ouvrir franchement un ventre pour annexite; Pozzi, dans une communication faite le 14 avril 1888 à la Société de chirurgie, prétend que, pour les collections situées très haut et inaccessibles par le vagin ou le rectum, la laparotomie de Lawson Tait est un procédé un peu effrayant; aussi propose-t-il un procédé qu'il appelle laparotomie sous-péritonéale, et qu'il destine à remplacer la laparotomie trans-péritonéale.

En 1886 également, le *Lyon médical* du 21 février publie la description du procédé de Laroyenne : ponction des collections salpingiennes par la voie vaginale à l'aide d'instruments spéciaux.

Deuxième période. — En 1887, Péan imagine d'enlever l'utérus par le vagin, pour lésions bilatérales des annexes.

Mais Lawson Tait publie la même année un mémoire sur le traitement des salpingites suppurées par la laparotomie, et gagne de nombreux chirurgiens à sa cause. Bouilly, Terrillon, Routier, Pozzi, puis Terrier, Le Dentu, Quénu, Lucas-Championnière, Richelot, Trélat publient des observations de laparotomie pour pyosalpinx.

En 1888, la thèse de Monprofit met au point la question et prône la méthode de Lawson Tait.

Deux mémoires retentissants et opposés paraissent à la fin de 1890; l'un de Pozzi, le 3 décembre à la Société de chirurgie, conclut à la laparotomie comme voie d'accès sur le pyosalpinx: l'autre de Péan à l'Aca-

démie de médecine, qui distingue les cas unilatéraux qu'il draine par le vagin et les pyosalpinx bilatéraux qui sont justiciables de l'hystérectomie vaginale.

En 1891, Segond, d'abord hostile à l'hystérectomie vaginale, est gagné par la vue d'une guérison merveilleuse obtenue par Péan et se fait le vulgarisateur de la méthode de ce dernier; quelque temps après, il expose sa méthode de morcellement. Il rencontre des adversaires acharnés en Richelot, Terrillon, Reynier, Terrier et Lucas-Championnière. Reclus et Nélaton au contraire soutiennent Segond.

La même année paraît le livre : *les Suppurations pelviennes chez la femme*, de Pierre Delbet qui se montre laparotomiste fervent.

Nous avons donc à la fin de la seconde période, c'est-à-dire en 1891, deux camps parmi les chirurgiens : les hystérectomistes, partisans de Péan et Segond, les laparotomistes défenseurs de la méthode de Lawson-Tait.

Mais, jusqu'ici, les chirurgiens se sont contentés d'enlever par la laparotomie les annexes malades, laissant l'utérus en place. Nous allons les voir maintenant, sous l'impulsion vigoureuse de l'école américaine et de Delagénère en France, s'attaquer non seulement aux annexes, mais à l'utérus en totalité ou en partie.

Troisième période. — A l'école américaine revient l'honneur d'avoir tenté la première et préconisé l'hystérectomie abdominale dans le traitement des annexites suppurées. C'est, en effet, Polk (de New-York), qui fit le premier, en janvier 1892, l'hystérectomie abdominale totale d'une façon raisonnée et méthodique.

Quelques jours plus tard, J.-M. Baldy (de Philadelphie) tente le premier et préconise l'hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées.

L'année suivante, le 3 octobre 1893, Polk, à la New-York obstetrical Society, et Baldy, le 5 octobre, à la Philadelphia obstetrical Society, lisent un rapport détaillé sur leur nouvelle opération, rapport qui ouvre la discussion aux Etats-Unis sur l'hystérectomie abdominale comme traitement des suppurations pelviennes.

La lutte entre ces deux méthodes, hystérectomie abdominale totale et subtotale, nées presque en même temps, commence alors; nous la verrons persister pendant longtemps.

En Europe, on en est encore, en 1893, à la lutte entre la laparotomie simple et l'hystérectomie vaginale; au Congrès d'obstétrique de Bruxelles et au Congrès français de chirurgie, Michaux, Segond et l'école lyonnaise sont à peu près les seuls à préconiser la voie vaginale contre Terrier, Caffery, Boiffin, Delagénère, Reynier et Pozzi.

Delagénère, cherchant la cause de certains de ses insuccès, soit dans l'hystérectomie vaginale, soit dans la laparotomie, juge que l'une et l'autre de ces interventions sont incomplètes; la laparotomie laisse un utérus bien souvent malade; l'hystérectomie vaginale laisse partie ou totalité des annexes; la méthode de Polk lui semble corriger les défauts des deux autres opérations. Il fait sa communication à la Société de chirurgie, le 14 février 1894, et trouve aussi bien chez les laparotomistes que chez les hystérectomistes une opposition générale.

C'est donc à Delagénère qu'est due l'observation de la première opération française d'hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx et métrite parenchymateuse.

Un an plus tard, en 1895, Howard Kelly donne au Congrès de Washington une description très claire de son procédé d'hystérectomie abdominale subtotale, dit « procédé américain ». Il pratique l'ablation du bloc utéro-annexiel par incision continue, de gauche à droite ou de droite à gauche, suivant que la disposition des lésions rend plus facile l'une ou l'autre de ces deux directions.

Au Congrès de Genève, 1896, le traitement des salpingites suppurées est à l'ordre du jour; Bouilly prétend que l'hystérectomie abdominale totale est une opération d'exception. Kelly et Saenger préconisent l'hystérectomie abdominale subtotale.

Malgré ses adversaires, cette opération fait son chemin à l'étranger. Penrose, Boldt, Noble, aux Etats-Unis; Bliesener, assistant de Bardenhauer, Döderlein, Everke, Rosthorn, en Allemagne; Jacobs, en Belgique, pratiquent couramment l'opération américaine.

Cependant, en France, l'hystérectomie abdominale rencontrait encore une certaine résistance. Ce n'est que vers la fin de 1896 seulement, que le professeur Terrier utilise le premier en France, l'hystérectomie abdominale subtotale pour les salpingites suppurées.

Pendant l'année 1897, l'idée de l'hystérectomie abdominale va trouver des adeptes parmi ses anciens adversaires. En juin, en effet, Richelot qui, l'année précédente, défendait l'hystérectomie vaginale, prononce à

la Société de Chirurgie un éloquent plaidoyer en faveur de l'opération américaine. Il ne rencontre plus l'opposition passionnée qui, trois ans auparavant, avait accueilli la communication de Delagénère.

Reclus et Nélaton déclarent que l'hystérectomie abdominale est une excellente opération. Routier, Lucas-Champonnière, Reynier, Quenu, Schwartz ne voient, en 1898, qu'une opération d'attente dans l'incision vaginale, dont presque seul Le Dentu soutient la valeur.

De plus en plus, l'intervention abdominale apparaît comme l'intervention de choix, ainsi que le démontrent Jonnesco (Congrès de gynécologie de Marseille) et Legueu (Congrès français de chirurgie).

A ce même Congrès, Faure donne la description de son procédé d'hystérectomie abdominale totale par section médiane.

Quatrième période. — Durant la période précédente s'est affirmée la supériorité de l'hystérectomie abdominale sur l'hystérectomie vaginale qui, comme le dit Hartmann en 1899, « semble devoir être délaissée. » C'est là un fait devenu incontestable. Nous avons deux procédés aux prises : la totale, la subtotal. Ils semblent avoir autant de partisans l'un que l'autre.

En 1901, au Congrès français de chirurgie, Sorel donne les indications de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations pelviennes chroniques.

Cependant en 1901 et 1902, Terrier et son élève Delage, puis en 1904 Gosset dans la thèse de Mourlhon, défendent avec énergie la subtotal en danger.

Faure préconise la totale au Congrès de chirurgie de 1903 et dans son traité sur *la Chirurgie des annexes de l'utérus*.

Audard, élève de Routier, écrit en 1903 sa thèse : *le Drainage vaginal du péritoine après l'hystérectomie abdominale totale, pour annexites suppurées*.

La thèse de Mourlhon, élève de Terrier, en 1904, et celle de Daniel en 1905, préconisent la subtotale. Ces deux dernières années, de nombreuses discussions ont eu lieu à la Société de chirurgie de Paris sur les deux procédés : il semble que la subtotale ait perdu du terrain.

Cependant, la méthode de l'exclusion du petit bassin à l'aide de l'S iliaque, dont l'extension a été si grande dans ces dernières années, qui a été préconisée à Lyon par MM. Albertin et Tavernier et que nous avons vu employer systématiquement dans le service de M. le professeur Poncet, a élargi les indications de la subtotale. En effet, en supprimant, grâce à cette méthode, tout drainage abdominal, on a dans de nombreux cas de suppuration pelvienne conservé le col et drainé à travers lui la partie dépéritonisée et infectée du petit bassin. Ce procédé de MM. Albertin et Tavernier est évidemment un excellent perfectionnement de l'hystérectomie ; l'opération est rapide, le drainage abdominal est forcément supprimé, la péritonisation prévient les complications post-opératoires mortelles, puisqu'elle a isolé la grande cavité péritonéale de la surface opératoire cruentée. Nous verrons que, malgré ce perfectionnement, l'hystérectomie abdominale subtotale donne lieu à des accidents. Ce sont ces accidents que j'étudierai tout à l'heure.

En définitive, nous voyons, qu'en présence de supurations pelviennes, il n'y a plus d'hésitation aujourd'hui ; les chirurgiens procèdent à une opération radicale, enlèvent l'utérus et les annexes. La colpotomie n'est plus pratiquée que comme opération palliative, préliminaire, qui permet d'attendre une hystérectomie abdominale curative, que l'on fera secondairement.

Quant à l'hystérectomie vaginale, elle est à peu près abandonnée ; c'est une voie aveugle, qui nous prive des renseignements que donne la vue, qui oblige à se rapporter aux sensations fournies par le toucher, et qui contraint souvent à laisser dans le petit bassin une partie des annexes malades. La voie abdominale a conquis tous les suffrages ; sa supériorité est aujourd'hui indiscutablement démontrée.

C'est elle qu'on utilise pour enlever les annexes malades et avec elles l'utérus ; on n'épargne point ce dernier, parce que, qu'il paraisse sain ou vraiment malade, il est démontré qu'il est sûrement infecté et que son ablation s'impose.

Presque tous les chirurgiens s'accordent sur ce point, et pour enlever l'utérus et les annexes, ils emploient deux méthodes différentes : l'hystérectomie abdominale sub-totale et l'hystérectomie abdominale totale.

CHAPITRE II

PARALLÈLE ENTRE LES DEUX MÉTHODES

Chacune de ces deux méthodes a ses partisans et ses détracteurs.

Pour ses partisans, l'hystérectomie abdominale supra-vaginale présente une supériorité incontestable sur la totale, parce qu'elle est plus facile, moins hémorragique, plus aseptique et par suite plus rapide et plus bénigne.

Facilité. — Elle est plus simple dans son exécution ; on n'a pas besoin de chercher les culs-de-sac vaginaux pour les inciser ; le col se présente plus près et plus superficiel ; la section exsangue du tissu cervical est plus simple que celle du tissu du vagin flasque et hémorragique. On n'a pas à craindre la désinsertion du vagin qui peut être gênée par des adhérences épaisses et solides cachant la vue du petit bassin.

D'autre part, a-t-on dit, l'utérus étant attiré en haut, il y a moins de danger dans la sus-vaginale de blesser les uretères, qui sont alors en rapport, non pas avec le col, mais avec le dôme vaginal. Ce danger n'existe guère d'ailleurs.

Enfin, la fermeture du moignon est plus rapide que la suture des tranches vaginales dans la totale.

Hémostase. — Dans la totale, la désinsertion circulaire du vagin, l'ouverture des culs-de-sac amène la section d'un plexus vasculaire formé par les branches de l'utérine, de la vaginale et de l'hémorroïdale moyenne; il en résulte une multitude de points qui saignent; il faut les saisir, non sans difficulté, car la tranche vaginale est profonde, les lier, en ayant soin de ne pas pincer l'uretère, qu'il avait déjà fallu ménager bien attentivement pendant les sections vaginales; tout cela demande du temps, et souvent, l'hémostase n'est achevée qu'un quart d'heure, qu'une demie heure après l'ablation de l'utérus.

Rien de pareil dans la subtotalé où l'hémostase, pour laquelle suffit une ligature placée sur le pédicule de l'utérine au moment où on côtoie et décolle son tronc le long du col utérin, est plus simple et plus rapide.

Asepsie. — Il est encore un point à considérer, c'est que dans l'hystérectomie sus-vaginale, l'opération est plus facilement maintenue aseptique. Elle rend l'intervention exclusivement abdominale, sans la combiner à des manœuvres vaginales plus ou moins douteuses au point de vue aseptie. L'ouverture du vagin, que le nettoyage le plus minutieux ne peut jamais aseptiser complètement, car seule la chaleur peut le faire, entraîne nécessairement pendant tout le temps que durent les manœuvres d'extirpation utérine et d'hémostase,

une contamination du petit bassin et des mains de l'opérateur. Cette contamination est légère, mais elle est certaine.

Et qu'on ne dise pas, prétendent encore les partisans de la subtotale, que la section de la cavité utérine a les mêmes inconvénients. Ici, nous avons une ressource d'une valeur absolue, le thermocautère, qui nous permet de stériliser complètement la muqueuse intra-utérine.

Eénignité. — Ainsi donc la subtotale est plus facile, plus rapide, plus aseptique que la totale. Or, de deux opérations, la moins longue, la moins compliquée, la moins laborieuse est forcément la moins dangereuse. Et, en effet, la mortalité opératoire de la subtotale est moins élevée que celle de la totale.

Pozzi a apporté à la Société de Chirurgie du 9 décembre 1903, des chiffres à l'appui de cette affirmation. Il a donné 9 pour 100 de mortalité pour la totale, 5 à 6 pour 100 pour la subtotale. Il a montré que les résultats de sa statistique étaient superposables à ceux obtenus par Noble et par Kelly. Il concluait en disant : « Les avantages de la subtotale ne sont pas seulement (ce que personne ne conteste) une plus grande simplicité et une plus grande rapidité, mais encore, ce qu'on n'a pas assez mis en relief, une moindre gravité. »

Résultats éloignés. — Il est un dernier argument donné par M. J.-L. Faure, en faveur de la sus-vaginale, à la Société de Chirurgie dans la séance du 18 novembre. « La conservation du col utérin n'est pas sans im-

portance au point de vue de la statique pelvienne et de l'accomplissement des seules fonctions que le vagin puisse encore accomplir, et il est évident qu'il est meilleur pour une femme d'avoir au fond du vagin un col utérin normal au lieu d'une cicatrice qui peut être souple et solide, mais qui peut être aussi fragile et douloureuse. »

L'hystérectomie abdominale subtotale offre encore un petit avantage qui, pour n'être pas d'ordre vraiment scientifique, a bien son mérite. On sait combien l'ablation totale de l'appareil génital interne influe sur l'état mental des nerveuses ou des prédisposées. Or, en laissant la partie intra-vaginale du col, on peut d'autant plus aisément persuader à la malade qu'elle garde son utérus, sinon ses ovaires, que le plus souvent, le médecin non prévenu qui l'examinera, croira à la persistance de l'utérus et pourra affirmer à l'opérée qu'elle n'a pas « cessé d'être une femme ».

En résumé, simplicité et rapidité d'exécution, asepsie plus grandes, hémostase plus facile, tels sont d'après les partisans de la subtotale, les avantages de la méthode qu'ils préconisent.

Nous n'avons eu ainsi, disent-ils, aucune difficulté d'hémorragie, nous n'avons fait courir aucun risque aux uretères et aux cavités de voisinage, et enfin, pour finir, quand les parties cruentées sont rapprochées par quelque suture et revêtues de péritoine, quand la paroi du ventre est suturée complètement, nous laissons notre malade avec un abdomen bien et dûment fermé de toutes parts, ne redoutant ni une hémorragie, ni une infection vaginale, ni l'introduction intempe-

tive d'une injection dans le ventre; nous ne redoutons point le vagin même septique; mais nous respectons celui de la femme vierge qui peut désirer garder un hymen intact.

D'ailleurs, les résultats immédiats et les avantages éloignés plaident encore en faveur de la supériorité de notre subtotalé.

En présence de ces arguments, les partisans de la totale ne restent pas muets.

Nous reconnaissons volontiers, disent-ils, que l'hystérectomie subtotalé est un peu plus simple et un peu plus facile à exécuter que l'hystérectomie totale; mais, à vrai dire, quand un chirurgien a bien en mains la pratique de la subtotalé, l'hystérectomie totale présente une difficulté supplémentaire bien vite vaincue.

Quand on fait la totale, on taille obliquement l'insertion vaginale, au lieu de couper transversalement au-dessus; les ciseaux pénètrent d'emblée dans le vagin, et comme il faut les conduire en arrière et sur les côtés, la manœuvre dure un instant de plus que la section transversale.

L'hémostase de la tranche vaginale est évidemment un peu plus longue et un peu plus ennuyeuse que celle du col. Mais, avec la pratique, on arrive malgré tout à la faire assez rapidement.

D'ailleurs, s'il faut en croire Richelot, la difficulté de l'hémostase dépend beaucoup du niveau où l'on coupe. Pour lui, la totale ne donne plus de sang que si on fait « une totale de fantaisie », c'est-à-dire si on va couper très bas la paroi vaginale, auquel cas on risque

de rencontrer des artères qui n'existent pas au niveau de l'insertion du col. En ayant soin de détacher l'insertion au ras du col au lieu de couper le col au ras de l'insertion, on a ni plus d'embarras, ni plus de sang.

Gosset dit à son tour : « C'est pour ne pas pratiquer de façon identique la ligature de l'utérine que les chirurgiens émettent à propos de l'hémostase de la tranche vaginale des opinions si peu concordantes. Les uns, ceux qui lient trop haut prétendent que la tranche vaginale saigne beaucoup; les autres, soutiennent n'avoir jamais d'hémorragies par la tranche vaginale,

Les uns et les autres ont raison, mais seuls ceux qui lient très bas, et prennent par conséquent dans leur ligature à la fois l'utérine et ses branches descendantes (cervico-vaginale et vaginale supérieure), sont à imiter. L'hémostase n'est pas plus délicate dans la totale que dans la subtotal, elle demande simplement à être faite de « façon toute différente ».

On a parlé aussi d'infection ascendante provenant du vagin. Mais « le péril vaginal est une vieille rengaine », dit Richelot. La surface lisse et polie du vagin est facile à désinfecter. De plus, chez la femme saine, la flore bactérienne du vagin est inoffensive. Dans les cas où le vagin est infecté, il n'y a pas de raison pour que la cavité cervicale ne le soit pas aussi et l'ouverture de l'une est aussi dangereuse que celle de l'autre. La thermocautérisation et l'évidement au bistouri de la cavité cervicale sont souvent illusoires au point de vue de la préservation contre la septicité du col qui peut persister; l'infection ne réside pas seulement en effet dans l'épithélium, elle réside encore dans la profon-

deur et dans les culs-de-sac glandulaires, qu'on ne détruit pas quand on brûle ou quand on résèque un bout de muqueuse.

Au point de vue de la morbidité et de la mortalité, M. Pozzi est à peu près le seul à donner des chiffres, et il n'est pas encore démontré que l'une des deux opérations, totale ou subtotale, est plus grave que l'autre. Si cette démonstration était faite, il est probable que les discussions auraient cessé depuis longtemps. Mais cette démonstration, comme toutes celles du même ordre, est très difficile, sinon impossible à faire. Les statistiques, composées de faits hétérogènes puisés dans la pratique de chirurgiens différents, sont plus faites pour apprendre l'erreur que la vérité, et les chirurgiens ne peuvent guère, en un pareil sujet, se fier qu'à leurs impressions personnelles. Il y a d'ailleurs, dans les causes de gravité et de mort, tant d'éléments différents qu'il est difficile d'y reconnaître la part qui revient isolément à l'un quelconque de ces éléments. M. Pothérat, partisan de la totale, prétend même, qu'au point de vue de la mortalité, les deux modes d'hystérectomie se valent, et que, malgré cela, il faudrait bien se garder de faire état d'1, 2 ou 3 pour 100 de mortalité en plus, s'ils étaient fournis par l'hystérectomie totale, pour la combattre.

Aujourd'hui, grâce à la parfaite stérilisation des instruments employés, et à l'asepsie complète de l'acte opératoire, le chirurgien peut dans bien des cas arriver à une guérison certaine, en se payant le luxe de rechercher les difficultés pour en triompher par son habileté.

La question de vie ou de mort ne peut donc être en cause, et ce n'est pas de ce côté qu'il faut rechercher les arguments pour combattre l'une ou l'autre des deux méthodes.

Pour ce qui est de la « statique pelvienne », nous n'avons jamais vu, disent les partisans de la totale, de ptoses viscérales, des fistules vaginales persistantes, des brides et des cicatrices fragiles ou douloureuses.

Quant à l'influence de la totale sur le moral des malades, il est possible que ce détail ait une influence chez certaines nerveuses, mais on ne peut vraiment pas en faire un grief sérieux contre la méthode.

Ainsi qu'on peut le remarquer par ce court exposé, la lutte est vive entre les deux camps. Dans l'état actuel de la question, peut-on dire quelle est des deux méthodes la méthode de choix? Avant d'aborder le problème, nous allons passer en revue quelques inconvénients de la subtotal. Nous verrons ensuite quelles conclusions on peut dégager de la physionomie générale du débat.

CHAPITRE III

ACCIDENTS IMMÉDIATS

Ils proviennent des défectuosités du drainage. Le drainage est indispensable après une hystérectomie dans la grande majorité des cas ; Audard l'a bien montré dans sa thèse (Paris 1903). Comme il l'écrit en effet : « d'une part, l'expérimentation a prouvé que la stagnation des liquides dans le ventre après la laparotomie favorisait l'infection. En second lieu, les autopsies ont permis de constater, chez les sujets morts d'infection à point de départ péritonéal, la présence d'une certaine quantité de liquide dans l'abdomen. Le drainage offre le grand avantage d'entraver la diffusion des liquides dans la cavité abdominale, qu'il s'agisse de sang, excellent milieu de culture, ou d'un exsudat renfermant des micro-organismes ».

Quand et comment draine-t-on après une subtotalé ?

Il est des cas où on ne draine pas du tout. Ce sont ceux où l'opération a été menée tout entière d'une façon aseptique. L'expérience a démontré que c'est là une faute et qu'il faut toujours drainer. Dans une annexite suppurée chronique, il y a en effet de nombreuses adhérences ; le petit bassin étant souvent comblé par des lésions suppurées, il est bien rare que le

chirurgien ne laisse pas des parties infectées ou cruentées saignantes. Dans tous les cas, il se fait d'ailleurs, dans les heures ou les jours qui suivent, une exsudation séreuse ou séro-sanguinolente qu'il faut évacuer. De plus, au fond de la plaie, il reste des vides, des espaces ou des coins morts, dans lesquels les liquides s'épanchent et séjournent. Leur stérilisation n'est jamais certaine, « et le meilleur moyen de pouvoir l'escompter, est précisément de soustraire la plaie au danger d'une stagnation¹ ». Il faut donc toujours drainer.

Dans tous les autres cas, c'est-à-dire après une opération de longue durée, lorsqu'il y a des adhérences étendues, lorsqu'on craint des hémorragies en nappe, lors de la déchirure ou d'une perte de substance du péritoine, quant il persiste des tissus morbides et septiques, dans les cas de rupture dans le péritoine de foyers septiques, dans les cas de pelvi-péritonite, on draine.

De quelle façon draine-t-on ? On pratique ordinairement le drainage abdominal.

Les bons résultats obtenus par ce drainage ne sont point contestables ; mais il ne peut donner que des résultats imparfaits ; avec juste raison on lui fait de graves reproches, qui sont encore plus marqués si on a recours à la méthode de Mikulicz. Il peut être cause en effet de compressions intestinales, soit d'une façon directe, soit secondairement par les adhérences dont il provoque la formation ; il n'assure pas toujours

¹ Congrès de chirurgie (1899) : Discours d'ouverture prononcé par M. le professeur Poncet.

l'écoulement des liquides ; il retarde la guérison de la plaie abdominale ; il favorise la production d'éventrations et de fistules interminables. D'ailleurs, la sortie du pus par le drain abdominal, c'est-à-dire par une partie haute, ne peut se faire que sous une tension assez forte. Or, qui dit tension dit rétention, et par conséquent, danger de septicémie. De plus, le drainage par la partie haute oblige à laisser dans le ventre un corps étranger, drain en caoutchouc, qui irrite le péritoine, lequel donne du liquide qui sans cela ne se produirait pas.

Ainsi donc, après l'hystérectomie subtotale, ou on ne draine pas du tout, ce qui est une faute ; ou bien on est obligé de drainer par l'abdomen, en plaçant des drains qui sortent au-dessus du pubis, et ce mode de drainage est défectueux.

Lorsqu'on fait une totale, le drainage est facile à établir. Il suffit d'étaler dans le fond du petit bassin deux ou trois mèches de gaze, au-dessus desquelles on péritonise la cavité de drainage, considérablement diminuée par la pression des anses intestinales, qui sont séparées d'elle par une couverture péritonéale complète ; cette cavité s'ouvre en quelque sorte directement à l'extérieur, sans recoin difficile à atteindre, si bien qu'on peut considérer le drainage comme parfait.

Après une subtotale, on a tenté de se conduire de la même façon. Par un coup de ciseaux médian, on incise en arrière la lèvre postérieure du col et le cul-de-sac vaginal, au lieu de suturer le col complètement ; on fait passer une mèche par la fente ainsi obtenue et on

péritonise par dessus suivant le procédé de MM. Albertin et Tavernier, sur lequel nous reviendrons tout à l'heure. Cette péritonisation, ainsi que nous l'avons dit, a supprimé à peu près complètement le drainage abdominal. Mais lorsqu'au bout de quelques jours, tout danger péritonéal étant écarté, on veut retirer les mèches de drainage, on éprouve une assez grande difficulté à étaler la mèche de remplacement dans la cavité à drainer et dans le Douglas. Il en résulte la formation d'espaces morts, c'est-à-dire d'espaces non atteints par la mèche destinée à porter à l'extérieur les liquides infectés ou susceptibles de le devenir.

D'autre part, l'arrachement des mèches s'accompagne toujours d'une certaine exsudation séro-hématique, d'un suintement sanguin qui peut être assez abondant (quatre ou cinq cuillerées). Cette collection séro-hématique a de la peine à s'écouler à l'extérieur, au lieu que dans une totale, elle ne peut aller ailleurs qu'à l'extérieur. Elle va alors s'écouler dans les espaces morts, et, si la mèche de drainage n'est pas très exactement replacée dans ces espaces, il se fera une collection sous-pariétale, qui se comportera dans les jours suivants comme tout hématome en voie d'infection ou infecté.

La malade présente alors de la fièvre, des douleurs pelviennes, quelques malaises généraux, nausées, vomissements, et même, si la cavité de drainage n'est pas évacuée à temps, un certain degré d'infection péritonéale, qui n'est pas sans danger. La collection peut en effet fuser au travers de la suture péritonéale et aller infecter la grande cavité.

Au toucher, on constatera des symptômes d'infection du côté de la suture pelvienne et du côté du Douglas : empâtement de cette suture ou hématome dans le Douglas.

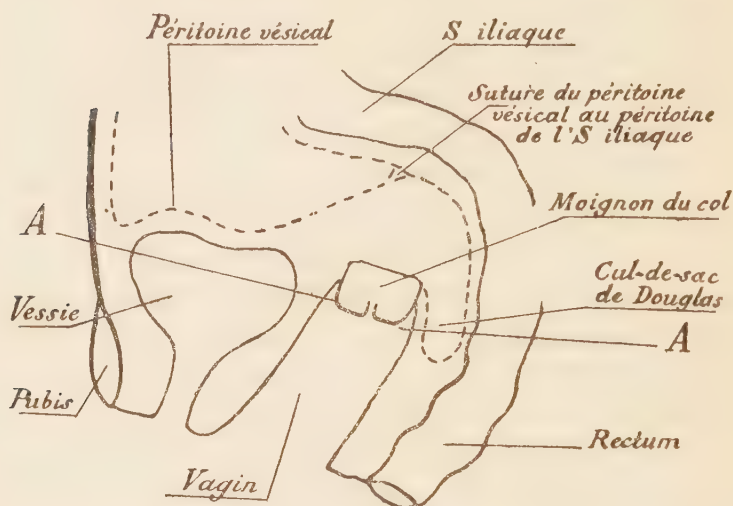
Ces accidents surviennent aujourd'hui d'autant plus volontiers, que la subtotale est employée dans des cas plus limite au point de vue du drainage ; il intervient en effet dans leur pathogénie un élément nouveau que nous avons fait pressentir, et qui est la conséquence de l'emploi habituel de l'exclusion du petit bassin par une péritonisation haute ilio-vésicale ; nous voulons parler de la difficulté, sinon de l'impossibilité d'étaler parfaitement les mèches de drainage dans les espaces morts et dans le cul-de-sac de Douglas.

Cette difficulté n'existait pas auparavant, quand on employait le drainage abdominal ; ce drainage, bien qu'il présentât des défectuosités et des inconvénients d'un autre ordre, permettait malgré tout un accès plus facile sur les parties à drainer. Aujourd'hui, le procédé de péritonisation de MM. Albertin et Tavernier l'a fait forcément abandonner.

Ces deux auteurs ont montré, en effet, qu'on peut avoir recours à l'S iliaque et au péritoine vésical pour extérioriser, hors de la grande cavité péritonéale, une cavité infectée ou susceptible de le devenir. Ils préférèrent isoler par une autoplastie séreuse plutôt que par la pose d'un large Mikulicz abdominal.

Soit une hystérectomie subtotale ; elle laisse une fissure du péritoine allant de chaque côté de la ligature utéro-ovarienne à la ligature de l'utérine. En étalant l'S iliaque et en fixant son péritoine au péritoine

vésical, on obtient une exclusion sous-séreuse de la surface cruentée sous-jacente et, par suite, l'isolement d'un champ opératoire suspect de la grande cavité



Hystérectomie abdominale subtotale. — Exclusion sous-séreuse de la surface opératoire isolée de la cavité péritonéale par la réunion du péritoine vésical au péritoine de l'S iliaque. — Impossibilité du drainage abdominal. — Persistance du cul-de-sac de Douglas qui disparaît dans l'hystérectomie abdominale totale puisqu'on incise en A et A'.

péritonéale, qui est ainsi plus sûrement mise à l'abri de l'infection.

Une telle manière de faire est, comme nous l'avons déjà dit, parfaite : c'est un excellent procédé pour la préservation de la grande cavité péritonéale. Mais elle supprime tout drainage par la plaie de la laparotomie. En l'adoptant dans la pratique chirurgicale, on a été obligé d'avoir recours exclusivement au drainage vaginal, qui est bien supérieur au drainage abdominal,

mais qui est pourtant très défectueux dans les cas où on laisse le col ; la fente obtenue à travers ce dernier étant, en effet, très exiguë et ayant de la tendance à se resserrer par cicatrisation, on comprend qu'il soit difficile d'obtenir un étalement parfait de la mèche de drainage dans tous les espaces morts et dans le Douglas.

Cet inconvénient n'existe pas dans les cas d'hystérectomie totale, où une large ouverture vaginale permet un accès facile dans tous les recoins de la cavité à drainer et où, nouvel avantage, le cul-de-sac de Douglas n'existe plus ou a tout au moins disparu en grande partie, puisque en enlevant le col on a fait disparaître en même temps ce cul-de-sac postérieur ; on peut se rendre compte de cette dernière particularité en jetant un coup d'œil sur le schéma ci-contre.

En résumé, après une hystérectomie abdominale subtotale, l'insuffisance bien compréhensible du drainage peut entraîner des accidents post-opératoires dus à la formation d'espaces morts et à la persistance du cul-de-sac de Douglas, difficiles à drainer d'une façon complète autrement que par une large ouverture vaginale. Ces accidents se produisent d'autant plus volontiers que l'exclusion sous-séreuse de la surface opératoire préconisée par MM. Albertin et Tavernier a fait abandonner le drainage abdominal. Comme on ne peut, pour les éviter, rétablir ce dernier et, par suite, se priver de ce procédé d'exclusion qui est excellent et diminue considérablement les chances d'infection de la grande cavité péritonéale et de septicémie, il semble qu'il y ait avantage à faire une totale, car alors l'ablation du

col, outre qu'elle facilite l'étalement des mèches de drainage, entraîne la disparition du cul-de-sac postérieur et permet un large drainage vaginal.

Ainsi, le petit bassin étant fermé en haut par le péritoine suturé suivant le procédé de MM. Albertin et Tavernier et, par conséquent, à l'abri de l'infection, est ouvert en bas pour le drainage après une hystérectomie totale.

Le drainage ainsi compris est seul logique; il est influencé par la pesanteur et draine en un point déclive; jamais il ne présente les nombreux inconvénients du drainage abdominal que nous avons signalés; enfin et surtout il prévient les accidents post-opératoires dont nous venons de faire l'étude.

En présence de ces accidents, que faut-il faire? Il s'agit d'une collection séreuse ou séro-hématique enkystée dans les espaces morts ou dans le cul-de-sac postérieur; il faut donc faire une colpotomie pour évacuer cette collection et, si cela ne suffit pas, ne pas hésiter à enlever le col.

Il est de toute nécessité, en effet, de donner issue aux liquides collectés et de faire disparaître les recoins dans lesquels ils se sont collectés; il faut transformer le foyer fermé qui suppure en un foyer largement ouvert à l'extérieur par un vagin entièrement libre devenant le tuyau de dégagement du petit bassin.

On le voit, les accidents immédiats qu'on peut observer à la suite de l'hystérectomie abdominale sub-totale sont des accidents de rétention, comme d'ailleurs la majorité des accidents post-opératoires en chirurgie générale. C'est précisément parce que l'hystérectomie

abdominale totale évite cette rétention, qu'elle présente de gros avantages sur la subtotale. Elle rentre pleinement dans le cadre de ce que M. le professeur Poncet a appelé « la chirurgie à ciel ouvert » dans son discours d'ouverture au Congrès français de chirurgie en 1899.

Elle est inspirée, en effet, comme toutes les manœuvres de cette chirurgie au grand jour, par l'idée directrice suivante : « Favoriser, obtenir l'évacuation des exsudats fournis par les surfaces cruentées, assurer le libre écoulement des liquides de la plaie, n'avoir pas de rétention et, partant, pas d'infection ».

A ce titre, elle peut, avec juste raison, faire valoir ses droits contre la subtotale.

CHAPITRE IV

ACCIDENTS SECONDAIRES

Ces accidents ne sont pas rares. Il est fréquent, en effet, après une subtotale, de voir à une échéance plus ou moins éloignée qui varie de quelques jours à plusieurs mois, de nouveaux troubles apparaître.

Dans quelques cas, on s'aperçoit au bout de quinze jours ou plus que, la température, normale dans les premiers jours, monte insensiblement et présente des oscillations entre $37^{\circ} 5$ et $38^{\circ} 5$; après une période d'euphorie parfaite, la malade éprouve quelques troubles, quelques coliques va difficilement à la selle, elle ne reprend pas ses forces; de plus, elle accuse des douleurs lombaires persistantes. Au toucher, on constate un col induré et douloureux; on trouve souvent une petite collection dans le Douglas. L'induration peut remonter jusqu'à la base des ligaments larges, jusqu'à la suture pelvienne par conséquent. L'examen au spéculum révèle un col gros, rouge, qui présente une sécrétion purulente abondante.

L'ablation de ce col fait cesser tous les accidents; la température redevient normale, la malade reprend ses forces, les douleurs et les pertes blanches cessent pour ne plus revenir.

Que s'était-il passé ? Le moignon du col, laissé après l'hystérectomie subtotale, était un moignon septique, infecté, qui était devenu le point de départ d'une infection localisée à la suture pelvienne de la région opératoire, ou avait donné une collection purulente dans le Douglas. L'examen de ce col après son ablation montre bien, d'ailleurs, qu'il s'agit d'un col métritique, bourré d'abcès miliaires interstitiels ou donnant un suintement purulent à la coupe.

Dans d'autres cas, les malades sortent guéries de l'hôpital après avoir subi une subtotale. Mais elles reviennent un ou plusieurs mois après, parce que les douleurs et les pertes blanches ont réapparu. Les accidents, quoique plus tardifs, sont absolument les mêmes que ceux que nous venons de signaler et ont toujours pour point de départ le moignon du col infecté laissé au fond du vagin, puisque l'ablation de ce col fait encore cesser tous les accidents.

Enfin, quelquefois, la malade part chez elle en convalescence avec une fistule consécutive au drainage abdominal. Au bout de plusieurs mois, la fistule persiste alors qu'elle aurait dû se fermer depuis longtemps. Pourquoi ? Parce qu'elle est entretenue par une suppuration venant de la région opératoire et provoquée bien entendu par le moignon du col infecté puisqu'ici, encore une fois, la fistule se ferme rapidement après l'ablation du col.

Cette ablation nous apparaît donc, semble-t-il, comme nécessaire et indispensable. N'est-elle pas d'ailleurs logique ?

Dans la métrite infectieuse que l'on rencontre le

plus souvent dans les suppurations pelviennes, les lésions de l'utérus siègent surtout et sont plus accentuées au niveau du col que du corps. Tous les traités classiques enseignent la ténacité de la métrite du col et indiquent les séries d'opérations dont le type est celle de Schröder, faites dans le but de guérir les métrites par ablation du col. Il semble donc illogique que des chirurgiens, qui ont la prétention de guérir une métrite par l'ablation seule du col, laissent ce col infecté quand ils font une hystérectomie, dans l'espérance que la métrite cervicale guérira toute seule.

Les partisans de la subtotale pour répondre à cette objection, prétendent détruire la muqueuse ou l'aseptiser en y passant le thermocautère.

C'est là, nous l'avons déjà dit et nous ne saurions trop y insister, une erreur : l'anatomie pathologique montre en effet, sur les coupes d'un col infecté par une métrite, que les lésions siègent non en surface, mais dans la profondeur des culs-de-sac glandulaires ; de plus, la bactériologie nous enseigne que les microbes se tiennent dans le fond des glandes ; enfin, par la biologie générale nous savons que les réunions par première intention ne se font que lorsque les sections sont nettes ; comme le chirurgien doit la rechercher, on ne s'explique pas qu'au contraire, il s'applique à faire bénévolement une escarre qui, en s'éliminant, risque d'infecter le moignon du col.

Quelques partisans de la subtotale sont bien obligés de reconnaître l'existence de ces accidents secondaires par infection du col. Legueu raconte à la Société de chirurgie de Paris, qu'il a été obligé d'en-

lever secondairement un col utérin laissé au cours de la première opération. « Chez une de mes malades, une infection s'est lentement établie au-dessus du col, et au-dessous du dôme péritonéal. Cette infection amena là la formation d'un abcès, que je ne pus évacuer suffisamment à travers le calibre naturel du canal cervical, et j'ai dû, huit ou dix mois après l'hystérectomie, enlever le col qui faisait comme un bouchon au-dessous de l'abcès. » Une de nos observations recueillie dans le service de M. Poncet est un exemple de cette variété d'accidents.

CHAPITRE V

ACCIDENTS TARDIFS

Outre le danger d'infection que laisse le col, il y a le danger d'une dégénérescence maligne.

Il n'est pas absolument démontré, jusqu'ici, que le tissu cervical, en général, en dehors de la fibromatose, puisse dégénérer d'une façon maligne.

Cette dégénérescence maligne du moignon de la subtotale, quoique assez rare, a été observée un certain nombre de fois. Richelot dans sa remarquable communication à la Société de chirurgie de Paris (séance du 28 octobre 1903), a rapporté trois cas personnels, énumérant dans les séances suivantes la plupart des faits analogues rencontrés par les auteurs, ce qui fait qu'on possède en tout vingt-quatre observations de dégénérescence maligne du moignon après la subtotale.

Ces observations publiées se rapportent surtout à des cas de subtotaux pour fibromes, donc nous n'avons pas à nous occuper ici, puisque nous nous sommes placés au simple point de vue des suppurations pelviennes. Mais il n'en est pas moins vrai qu'on a aussi signalé quelques cas de néoplasmes développés sur le moignon du col après des subtotaux pour annexites

suppurées. Il n'y a rien d'étonnant à cela; il reste en effet, après l'opération, un morceau d'organe qui a été fortement traumatisé, qui est moins irrigué qu'auparavant. Nous n'insisterons pas, car c'est un fait rare. Peut-être cette rareté est-elle due à ce que, dans la pratique hospitalière, les malades nous échappent après un an ou deux. Nous les suivons assez longtemps pour savoir qu'elles sont contentes de n'avoir plus d'organes malades et douloureux; mais si plus tard leur col dégénère, elles vont se confier à un autre médecin que celui qui les a soignées au début, ou bien elles sont dans une autre ville, ou encore, si elles sont malades, ce sont les chirurgiens qui les ont mal opérées, et alors pourquoi aller les retrouver! bref, plus d'une ont des raisons, bonnes ou mauvaises pour ne pas revenir.

C'est assez pour ne pas nier toute importance à un fait qui, pour être rare, n'en existe pas moins, et pour se figurer que les anciennes opérées de subtotale n'ont plus jamais rien quand on les a perdues de vue.

S'il en est ainsi, il est logique de se demander si, de même qu'il semble rationnel de supprimer un organe qui peut être encore une cause de douleurs ou d'hémorragies, il n'est pas tout aussi rationnel de faire disparaître ce même organe, parce qu'il renferme dans sa paroi et dans sa muqueuse des aptitudes à devenir cancéreux.

Nous venons d'exposer les accidents possibles immé-

diats, secondaires ou tardifs de la subtotale. Est-ce à dire pour cela qu'on doive exclure à tout jamais cette méthode du domaine chirurgical ? Nous n'avons nullement eu l'intention d'en arriver à cette conclusion extrême. Les partisans de la totale eux-mêmes reconnaissent, en effet, que la supra-vaginale peut avoir ses indications pour les cols « fixés, difficiles à élever ». Il ne nous appartient pas de discuter ces indications. Ce que nous avons voulu surtout, c'est défendre la totale sans trop attaquer la subtotale. Pour cela, nous avons appelé l'attention sur des faits, et sur des relations pathogéniques qui existent, mais entre lesquelles chacun reste libre d'établir une étroite corrélation. Il serait puéril d'en déduire qu'il faut mépriser la subtotale qui est une bonne méthode.

D'un autre côté, ce n'est pas parce que la totale est une méthode un peu plus longue et un peu plus difficile, (il ne peut être question de mortalité, puisque la preuve de la plus grande gravité est impossible à faire), qu'il faut la rejeter de la pratique chirurgicale. Il serait tout aussi puéril d'agir ainsi. Il semble n'y avoir, en effet, entre les deux procédés, qu'une nuance de technique et de temps, peut-être suffisante pour déterminer un choix, mais insuffisante pour passionner des opérateurs. Il ne faut pas exagérer les dangers et les difficultés de la totale ; lorsqu'on y est un peu rompu, elle paraît donner d'aussi bons résultats que la subtotale. D'ailleurs, même en admettant qu'elle présente quelques inconvénients, on peut dire que ces inconvénients sont contrebalancés par les avantages qu'elle offre au point de vue du drainage, puisqu'elle est une excel-

lente méthode de chirurgie à ciel ouvert, et au point de vue de la sécurité ultérieure de l'opérée, qui n'aura pas à craindre d'accidents ultérieurs, ni à se faire enlever plus tard un col, qu'il eût été si facile de lui enlever d'emblée.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de MM. Delore et Leriche.)

Annexite double. — Colpotomie (juillet 1907). — Hystérectomie abdominale subtotale avec castration (fin mai 1908). — Ablation du col utérin resté en place (décembre 1908.)

R. A..., quarante-trois ans, profession : cuisinière.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant à relever.

Antécédents personnels. — La maladie remontait, au dire de la malade, à quinze jours lorsqu'elle est entrée pour la première fois à l'hôpital.

Réglée à quatorze ans, toujours assez régulièrement.

Ni enfants, ni fausses-couches.

Bonne santé habituelle.

Pas de pertes blanches.

Début de l'affection actuelle. — La malade, à son dire, fut brusquement prise de douleurs abdominales avec vomissements, constipation, etc., qui l'amènèrent à l'hôpital.

Colpotomie. — On lui fait une colpotomie (juillet 1907), la malade reste quinze jours à l'hôpital, puis rentre chez elle, mais elle continue à souffrir dans le ventre, surtout au moment des règles, elle a d'abondantes pertes blanches et revient à l'hôpital en juillet 1908. Pendant ce temps, elle s'est soignée chez elle avec des injections chaudes.

Castration subtotale. — On fait à la malade une hysté-

rectomie abdominale subtotale ; la malade reste en tout un mois à l'hôpital.

Un mois après sa sortie, elle recommence à souffrir dans le côté gauche du bas-ventre. Plus de règles, mais pertes blanches à peu près continues.

Etat à l'entrée. — Au toucher vaginal, on sent d'abord le col laissé en place ; à droite, la cicatrice de l'ancienne colpotomie ; à gauche, il y a une masse du volume d'une orange à peu près, très douloureuse, remontant assez haut sur la paroi du bassin, non fluctuante. Cette masse tient après le col, et si on lui imprime des mouvements, ils se transmettent au col.

Intervention (6 décembre 1908) (M. Delore). — Ablation du col par la voie vaginale. D'abord libération en avant avec le bas-fond vésical, ce qui se fait assez facilement, puis en arrière ; à ce moment, il semble qu'il s'écoule un peu de sérosité. Pince à demeure de chaque côté. Avec le doigt, on explore le petit bassin. Avec ce moyen, la masse que l'on sentait a presque complètement disparu. Somme toute, le col a été décortiqué de très près et on a fait une opération tout entière sous-pritonéale ; assez abondant suintement sanguin ; on met deux mèches. Un peu de pus s'est écoulé, surtout de la cavité du col.

A la coupe, le col est rempli de tout petits abcès miliaires interstitiels.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Dr Delore, chirurgien des hôpitaux.)

Double salpingo-ovarite kystique avec rétroversion adhérente. — Hystérectomie abdominale supra-vaginale avec castration double. — Drainage abdominal. — Résection secondaire du col.

Femme de quarante ans, entrée à la clinique de M. le professeur Poncet, pendant les vacances d'août 1901. Son histoire génitale se résume en une grossesse normale et une fausse-couche suivie d'infection il y a dix mois. Depuis

cette époque, cette femme a des troubles digestifs fréquents, de la pesanteur après les repas, de l'anorexie. Elle accuse en outre des règles irrégulières, douloureuses, prolongées, des pertes blanches.

Au toucher vaginal, utérus fixé en rétroversion, col non augmenté de volume, double salpingo-ovarite adhérente.

Le 20 août 1901, M. Delore pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Les trompes, peu volumineuses, sont kystiques; les ovaires sont collés contre la paroi pelvienne dont ils sont difficiles à détacher. L'utérus est augmenté de volume. Dans le Douglas, on trouve enfin du liquide et quelques fausses membranes d'aspect gélatineux. On fait une castration double suivie d'hystérectomie sus-vaginale. Comme les surfaces cruentées sont difficiles à péritoniser, que l'on constate une hémorragie en nappe, du reste peu abondante, on laisse un drain et une mèche. Guérison opératoire avec persistance d'une fistulette abdominale.

15 janvier 1902. — La fistule existe toujours et conduit dans le Douglas. Le col est enlevé par le vagin et l'on trouve en arrière de lui, dans le Douglas une collection séreuse enkystée.

Guérison rapide et définitive.

Le col enlevé est dur, petit, difficile à couper. Sur la coupe, on aperçoit une sorte d'infiltration de gouttelettes de pus. Ces gouttelettes paraissent siéger dans les glandes cervicales.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Dr Delore.)

Fibromes utérins. — Hystérectomie subtotale avec castration double. — Résection secondaire du col.

F..., âgée de quarante ans, entra à la clinique de M. le professeur Poncet le 16 juin 1903. Elle a déjà été opérée, quelque temps auparavant, d'un lipome de la région mastoïdienne,

Actuellement, elle est atteinte de fibromes multiples de l'utérus, dont le volume ne dépasse pas celui d'une noix de coco. Des métrorragies abondantes et répétées représentent l'indication opératoire. Le col paraît sain au toucher vaginal.

Le 20 juin 1903, M. Delore pratiqua une hystérectomie abdominale subtotale sans aucun incident. Les ovaires avaient tellement subi la dégénérescence scléro-kystique, qu'on crut devoir ajouter une castration double. Le corps utérin enlevé est bourré de petits fibromes occupant des sièges divers : sous-péritonéaux, interstitiels, sous-muqueux.

Les suites furent relativement favorables; toutefois, un mois après, l'opérée conservait une légère température, 37°5 à 38°5, et l'on sentait une induration du ligament large gauche. La suture pelvienne donnait cliniquement des signes d'infection, et l'on crut devoir pratiquer l'ablation secondaire du col, le 22 juillet, pour drainer l'espace sous-péritonéal.

Guérison.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Dr Leriche.)

Hystérectomie abdominale subtotale pour annexite suppurée. —

Drainage vaginal par deux mèches passant à travers le col fendu.

— Hémorragie sous-péritonéale après l'ablation de la mèche le troisième jour. — Ablation du col le lendemain. — Guérison.

M. M..., âgée de vingt-deux ans, entre, en juillet 1908, dans le service de M. le professeur Poncet, pour une salpingite suppurée. A la suite d'un coup de pied dans le ventre, celle-ci a subi une recrudescence; la malade a évacué par le rectum un gros abcès (un demi-litre de pus). Depuis lors, après une courte phase d'amélioration, elle souffre et elle a de la température.

Au toucher : utérus en rétroversion, grosse annexite

droite suppurée ; le Douglas est rempli par une masse inflammatoire ; à gauche, trompe kystique à cheval sur l'utérus.

Le 28 juillet, M. Leriche fait une laparotomie sous-ombilicale : il y a un peu d'ascite ; l'S iliaque adhère du côté droit à une grosse masse salpingo-ovarienne suppurée, du volume du poing ; à gauche, kyste suppuré de l'ovaire. L'utérus volumineux est noyé dans des masses. On enlève les annexes de gauche à droite, en pratiquant une section basse du col ; il s'écoule quelques gouttes de pus à la fin de la décortication des annexes droites, au moment où on les sépare de l'S iliaque. Celle-ci est dépéritonisée sur un certain rayon, mais n'est pas perforée. On lui reconstitue une couverture séreuse complète, après hémostase, puis le col est fendu, deux mèches passent au travers et sont étalées dans le Douglas et l'S iliaque, fixé au péritoine vésical par un surjet de catgut.

Le 27, excellent état. Température, 37°6.

Le 28, gaz. Température, 37°5 et 37°8.

Le 29, ablation des mèches, qui fait saigner en nappe.

On enfle une nouvelle mèche au travers du col. Le soir, la malade est moins bien, sa température est de 38°5.

Le 30, la température est de 39 degrés, le pouls est rapide, quelques caillots dans le vagin.

Anesthésie. M. Leriche écarte, avec deux pinces de Museux, les deux lèvres du col, fend tout le cul-de-sac postérieur, excise un morceau de col de chaque côté, nettoie au doigt toute la région exclue par la péritonisation ; elle est remplie de caillots ; puis il tamponne avec deux mèches.

Le soir, un peu de ballonnement, quelques nausées, pas de vomissements. Température, 39°2.

Le lendemain, amélioration nette. A partir de ce moment, suites parfaites. Chûte en lysis de la température. Selles spontanées. Le drainage vaginal est supprimé au sixième jour.

Le 15 août, la malade se levait et partait le 25 en convalescence.

OBSERVATION V

(Empruntée à la thèse d'Henri Parrical de Chammard, Paris, 1908, prise dans le service de M. Lenormant.)

Salpingite suppurée bilatérale. — Hystérectomie abdominale subtotale.

Anna E..., trente-neuf ans, entre, le 24 août 1907, à l'hôpital Saint-Louis, salle Jamain, n° 3.

Malade souffrant du ventre depuis plusieurs années, à la suite de couche. Règles normales.

Au toucher, on trouve un utérus qui paraît en rétroversion, adhérent dans le fond du Douglas; les culs-de-sac paraissent souples et libres. Dans ces conditions, on compte faire une hystéropexie.

Opération le 27 septembre 1907. On trouve à l'ouverture du péritoine des lésions que n'avait pas révélées l'examen clinique : à droite, l'ovaire kystique constitue une tumeur du volume d'un œuf, la trompe est un peu épaissie. A gauche, les annexes sont prolabées dans le Douglas et masquées par des adhérences du côlon à la face postérieure de l'utérus, elles sont suppurées.

Le vagin n'ayant pas été nettoyé, on pratique l'hystérectomie sus-vaginale par le procédé américain. La face antérieure du rectum est dénudée et suintante; on place une mèche et un drain dans le fond du Douglas.

Suture de la paroi en un plan aux fils de bronze.

Suites : aspiration par le drain et ablation de la mèche au bout de quarante-huit heures. Ablation du drain le 6 septembre.

L'opérée se lève le 14 septembre, et sort guérie le 29 septembre 1907.

Revue en janvier 1908, se plaint de pertes blanches et de douleurs lombaires.

Au spéculum : vagin et col rouges, sécrétion purulente assez abondante. Au toucher, col gros, douloureux, paraissant fixé en arrière par une masse dure d'adhérences remplissant le fond du Douglas. Le reste du bassin est souple et normal. Bonne cicatrice.

OBSERVATION VI

Relatée par M. Quénu, à la Société de chirurgie de Paris,
le 2 décembre 1903.

Il s'agit d'un cas de dégénérescence cancéreuse du col développée après une hystérectomie subtotal.

L'envahissement du col, en effet, s'est produit plus de quatre ans après l'opération ; on ne peut donc objecter que la tumeur utérine fût primitivement suspecte.

Ma malade fut opérée par moi, au pavillon Pasteur, en novembre 1898, il y a cinq ans par conséquent ; elle avait alors quarante et un ans. Elle était entrée dans notre service pour des douleurs et des signes de salpingite ; ses règles étaient généralement abondantes. Aucune hémorragie dans l'intervalle. L'opération eut lieu le 21 novembre 1898 par la laparotomie. Nous découvrîmes un fibrome du volume du poing, adhérent en arrière au Douglas, qui était effacé. La trompe gauche était transformée en un gros abcès, l'ovaire du même côté renfermait un kyste gros comme une pomme.

Suites simples. Depuis quelques mois, pertes sanguines continuelles. Nous constatons, par le toucher et par la vue, l'existence d'un cancer du col inopérable.

CONCLUSIONS

I. — Dans les suppurations pelviennes, la nécessité de l'hystérectomie, comme complément à l'ablation des annexes, n'est plus discutée aujourd'hui par personne.

Mais les chirurgiens sont divisés en deux camps : d'une part, ceux qui font l'hystérectomie subtotale, d'autre part, ceux qui font l'hystérectomie totale.

II. — Les premiers préconisent la subtotale, parce qu'ils la trouvent plus simple, plus facile, moins hémorragique, plus aseptique, plus bénigne, parce qu'elle ne trouble en rien la statique pelvienne.

Les seconds reconnaissent que leur méthode est un peu plus longue et un peu moins simple, à cause des difficultés de l'hémostase de la tranche vaginale, mais ils la trouvent aussi aseptique et aussi bénigne quand elle est minutieusement terminée; de plus, elle n'aurait aucune conséquence fâcheuse pour la statique pelvienne.

III. — Il faut signaler, à la décharge de cette der-

nière méthode, qu'on peut observer à la suite de l'hystérectomie subtotale divers accidents :

a) Des accidents primitifs, fréquents. Ces accidents sont dus à l'insuffisance du drainage à travers la fente étroite pratiquée dans le col, laquelle ne se prête pas à un étalement parfait des mèches dans tous les recoins de la cavité à drainer et dans le Douglas, d'où il résulte des espaces morts dans lesquels vont se collecter et suppurer les liquides exsudés au niveau de la surface opératoire; ils pourront provoquer une péritonite enkystée, quelquefois une septicémie. Ils se produisent d'autant plus volontiers actuellement que l'excellent procédé de péritonisation haute par réunion du péritoine vésical au péritoine de l'S iliaque a fait abandonner le drainage abdominal qui, bien que défectueux, permettait un accès plus facile sur tous les points de la cavité à drainer et sur le Douglas. Ils ne se produisent pas dans l'hystérectomie totale où une large ouverture vaginale rend possible un drainage parfait ne laissant pas d'espaces morts, et où il n'y a plus ou presque plus de Douglas. Ils nécessitent une colpotomie ou l'ablation du moignon du col.

b) Des accidents secondaires parfois tardifs (six mois), aussi fréquents que les précédents, dus au moignon du col infecté et atteint de métrite, et caractérisés par des pertes, par une réapparition des douleurs lombaires, par des symptômes d'infection du côté du col, du Douglas ou de la suture pelvienne, et enfin quelquefois, par la persistance d'une fistule. L'ablation du col les fait cesser.

c) Des accidents tardifs, rares, caractérisés par une dégénérescence maligne du col.

IV. — Il ne faut pas déduire de tout cela que la subtotale doit être abandonnée ; c'est une bonne méthode qui peut avoir ses indications. Il faut en déduire tout simplement que la totale, malgré sa simplicité et sa rapidité moins grandes, ne lui est pas inférieure, puisqu'on n'aura pas à craindre pour l'opérée, après avoir pratiquée sur elle cette excellente méthode de chirurgie à ciel ouvert, les accidents ultérieurs que nous avons étudiés, et à se demander si celle-ci ne sera pas obligée d'avoir encore recours plus tard à son chirurgien, pour se faire enlever un col qu'il eût été si facile de lui enlever d'emblée.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET

Vu :

LE DOYEN.

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 décembre 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nous avions songé d'abord à publier une bibliographie complète ; nous avons estimé, dans la suite, que c'était absolument inutile, car nous nous sommes aperçu que les thèses (Paris) d'Audard (1903), de Mourlhon (1904), de Daniel (1905) contenaient une bibliographie très complète, et très détaillée, à laquelle il n'y a rien à ajouter.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique	11
CHAPITRE II. — Parallèle entre les deux méthodes.	19
CHAPITRE III. — Accidents immédiats	27
CHAPITRE IV. — Accidents éloignés	36
CHAPITRE V. — Accidents tardifs	40
CHAPITRE VI. — Observations	43
CONCLUSIONS	51
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	54

